

Анкета перед хирургическим вмешательством

Заполните до беседы с врачом. Если не знаете ответ, отметьте «не знаю».
Покажите список или упаковки лекарств. Самостоятельно их не отменяйте.

Фамилия, имя, отчество пациента

Дата рождения

Масса тела сейчас, кг

Дата заполнения

Вмешательство / зуб (врач)

Контактный телефон

1. Аллергия и реакции на лекарства

☐ Не было ☐ Было ☐ Не знаю

На что и какая реакция (лекарство, анестезия, латекс и другое)

Что происходило после обезболивания у стоматолога

2. Какие лекарства принимаете

- ☐ Разжижающие кровь (варфарин, апиксабан, ривароксабан, аспирин и другие)
☐ От давления / сердца / нарушений ритма ☐ От диабета (включая инсулин)
☐ От остеопороза / для костей (бисфосфонаты, деносумаб, даже если курс был давно)
☐ Гормоны / подавляющие иммунитет ☐ Противоопухолевые препараты
☐ Антибиотики / обезболивающие за 7 дней ☐ Противосудорожные препараты
☐ Другие препараты / добавки ☐ Не принимаю ☐ Не знаю — покажу список

Название

Доза / как часто

Последний приём

Название

Доза / как часто

Последний приём

Название

Доза / как часто

Последний приём

Анкета · сведения для врача

3. Заболевания и состояния

- ☐ Высокое давление, стенокардия, аритмия ☐ Инфаркт, инсульт, тромбоз
- ☐ Нарушение свёртывания / длительное кровотечение / анемия
- ☐ Сахарный диабет / болезни щитовидной железы
- ☐ Астма / болезни лёгких ☐ Болезни печени / почек
- ☐ Эпилепсия, судороги, частые обмороки, неврологические заболевания
- ☐ Онкологическое заболевание, химиотерапия, облучение головы / шеи
- ☐ Остеопороз и лечение препаратами для костей
- ☐ Иммунодефицит / длительный приём гормонов или иммуносупрессоров
- ☐ Беременность / кормление грудью
- ☐ Другое ☐ Ничего из перечисленного ☐ Не знаю

Уточнение: диагноз, когда было, лечение

4. Ранее и сегодня (для каждой строки: да / нет / не знаю)

Раньше долго не останавливалась кровь после удаления / операции?

При лечении были обморок, судороги, боль в груди, удушье, госпитализация?

Сегодня температура, резкая слабость, одышка, отёк лица / шеи?

Сейчас есть активное кровотечение?

Есть ещё что-то важное перед вмешательством?

Пояснения к ответам

5. Подтверждение пациента / законного представителя

Я ответил(а) по известным мне сведениям. Новые сведения сообщу врачу.

ФИО _____ Дата / время _____ Подпись _____

6. Решение врача

- ☐ Ответы уточнены ☐ Значимые сведения внесены в медицинскую карту
- ☐ Допустить ☐ Изменить план ☐ Отложить ☐ Направить на другой уровень

Причина изменения решения / план

Врач _____ Дата / время _____ Подпись _____

**Хирургический чек-лист удаления зуба**

Ф. И. О. пациента _____

Дата рождения _____ Карта № _____ Дата _____ Кабинет _____

Зуб(ы) по FDI _____ Диагноз / вмешательство _____

Отмечать после проверки слух. «Н/п» — не применимо с объяснением. При несоответствии остановиться и устранить причину до продолжения.

1. До анестезии Время _____☐ Ф. И. О. и дата рождения сверены с картой; пациент / представитель подтвердил вмешательство; ИДС оформлено.☐ Аллергии, лекарства, риск кровотечения, диабет и другие значимые болезни проверены; антирезорбтивная терапия и облучение челюстей учтены.☐ Обезболивание и предельная доза проверены по возрасту, массе и инструкции; экстренная укладка доступна.☐ Стерильность, инструменты, оборудование, аспирация и средства гемостаза проверены.Снимок нужного пациента и области доступен: ☐ да ☐ клинически не показан, причина записана.

Анестетик / концентрация _____ Масса ____ кг Предел ____ мг Введено ____ мл / ____ мг

2. Тайм-аут перед удалением Время _____☐ Врач и ассистент назвали пациента, зуб / сторону и объём; сверили рот, формулу и снимок. Перед каждым следующим зубом проверку повторили.☐ План, близость пазухи / нерва, сложность, риск кровотечения и действия при осложнении согласованы.

Антибиотики: решение АБ-01 № _____; цель/основание _____; препарат/доза/время _____

Отметить запланированные зубы. Стороны указаны со стороны пациента (FDI).

Справа пациента	Слева пациента
Верх: 18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Молочные: 55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
Молочные: 85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
Низ: 48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

3. После удаления до ухода пациента Время _____☐ Выполненный объём назван; целостность зуба / корней проверена; оставленный фрагмент, осложнение и изменение плана отражены в карте.☐ Гемостаз устойчив; инструменты, иглы и салфетки учтены; защитные тампоны удалены. Оставленные по показаниям гемостатические материалы / дренажи записаны в карте.☐ Назначения и письменные рекомендации выданы; пациент / представитель повторил тревожные признаки и куда обращаться; контроль назначен.Материал на исследование: ☐ нет ☐ маркировка, направление и журнал сверены; заведующему сообщено.

Контрольный приём _____ Врач / место _____

Отклонения / причина «н/п» / принятые меры _____

Врач _____ Подпись _____ Ассистент _____ Подпись _____

Хранить заполненный лист с медицинской картой. Выполнение отметить в журнале применения хирургического чек-листа; осложнение — в карте и журнале пери- и постоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЧЕК-ЛИСТ БЕЗОПАСНОСТИ

Заполняется фактическими участниками вмешательства

Ф. И. О. пациента		Дата рождения	
Дата / время		Карта №	
Вмешательство		Зуб / сторона / участок	

SIGN IN — до анестезии

☐ выполнено ☐ STOP	Два идентификатора пациента совпадают с картой
☐ выполнено ☐ STOP	Пациент/представитель подтверждает вмешательство и участок
☐ выполнено ☐ STOP	Информированное добровольное согласие оформлено
☐ выполнено ☐ STOP	Аллергии и нежелательные реакции проверены
☐ выполнено ☐ STOP	Лекарства проверены, включая антикоагулянты/антиагреганты
☐ выполнено ☐ STOP	Оценены диабет, иммунодефицит, беременность, антирезорбтивная/антиангиогенная терапия и лучевая терапия головы/шеи
☐ не показаны ☐ выполнено ☐ STOP	Снимки и исследования доступны и относятся к этому пациенту либо клинически не показаны
☐ выполнено ☐ STOP	Риск кровотечения и план гемостаза определены
☐ выполнено ☐ STOP	Оборудование, стерильные инструменты и экстренная укладка готовы

TIME OUT — непосредственно перед необратимым действием

☐ выполнено ☐ STOP	Врач и ассистент вслух назвали пациента, вмешательство, зуб/сторону/участок
☐ выполнено ☐ STOP	Команда подтверждает план и ожидаемые критические этапы
☐ не показана ☐ выполнена ☐ STOP	Антибиотикопрофилактика оценена
☐ н/п ☐ выполнено ☐ STOP	Материалы, имплантаты и изделия проверены по наименованию/системе/сроку
☐ выполнено ☐ STOP	Путь действий при осложнении и экстренной передаче известен

SIGN OUT — до ухода пациента

☐ выполнено ☐ STOP	Выполненный объём и отклонения от плана названы и записаны
☐ выполнено ☐ STOP	Целостность удалённого зуба/материала и комплектность инструментов проверены
☐ выполнено ☐ STOP	Гемостаз устойчив
☐ нет образца ☐ выполнено ☐ STOP	Образец маркирован двумя идентификаторами, участком и датой; направление совпадает
☐ выполнено ☐ STOP	Назначения и письменные рекомендации выданы
☐ выполнено ☐ STOP	Пациент/представитель назвал признаки срочного обращения и контакт
☐ выполнено ☐ STOP	Контрольный визит и дальнейший маршрут определены
☐ нет ☐ выполнено ☐ STOP	Осложнение/несоответствие зарегистрировано при наличии

Врач	Подпись	Ассистент	Подпись

ЛИСТ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ РИСКОВ

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: _____ Карта
№: _____

Вмешательство: _____ Зуб / сторона / участок: _____

Идентификация и план

☐ нет ☐ да	два идентификатора: _____
☐ нет ☐ да	диагноз и показания: _____
☐ нет ☐ да	согласие: _____
☐ нет ☐ да	снимки/исследования: _____
☐ нет ☐ да	пределы компетенции и маршрут осложнения: _____

Лекарственный риск

☐ нет ☐ да	аллергии: _____
☐ нет ☐ да	антикоагулянты/антиагреганты: _____
☐ нет ☐ да	антирезорбтивная/антиангиогенная терапия: _____
☐ нет ☐ да	глюкокортикостероиды/иммуносупрессия: _____
☐ нет ☐ да	прочие значимые препараты: _____

Соматический риск

☐ нет ☐ да	сердечно-сосудистые заболевания и давление: _____
☐ нет ☐ да	диабет: _____
☐ нет ☐ да	нарушение функции почек/печени: _____
☐ нет ☐ да	заболевания крови: _____
☐ нет ☐ да	беременность: _____
☐ нет ☐ да	инфекционный риск: _____
☐ нет ☐ да	анамнез осложнений анестезии: _____

Хирургический риск

☐ нет ☐ да	кровотечение: _____
--	------------------------

☐ нет ☐ да	близость пазухи/нерва/соседних структур: _____
☐ нет ☐ да	трудный доступ/ожидаемое сложное удаление: _____
☐ нет ☐ да	риск аспирации: _____
☐ нет ☐ да	необходимость образца/гистологии: _____
☐ нет ☐ да	необходимость госпитализации или смежной консультации: _____

Итоговый уровень риска и решение:

План гемостаза / наблюдения / маршрутизации:

Врач: _____ Подпись: _____ Дата/время:

ГБУЗ Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника»

Согласие на удаление зуба

Дата и время _____

Пациент ФИО и дата рождения _____

Законный представитель и основание полномочий при необходимости _____

Врач и медицинская запись _____

Диагноз или клиническая задача _____

Зуб либо участок и планируемый объём _____

Предоставленная информация

Цель: устранение источника заболевания или другого указанного врачом показания.

Метод и предполагаемый результат: удаление обозначенного зуба или корней; по показаниям разъединение, доступ с разрезом, обработка и ушивание. Ожидается удаление патологического объекта; особенности заживления индивидуальны.

Существенные риски: боль, отёк, кровотечение, воспаление лунки, повреждение соседних зубов и тканей, перелом корня или кости, сообщение с верхнечелюстной пазухой при соответствующей локализации, повреждение нерва и нарушение чувствительности, необходимость дополнительного вмешательства или направления.

Возможные альтернативы: сохранение зуба с иным лечением, наблюдение либо лечение в другой организации, если они клинически допустимы; врач указывает применимые варианты.

Последствия отказа или отсрочки: сохранение боли и воспалительного очага, распространение инфекции или иные последствия конкретного заболевания; степень и срочность объяснены индивидуально.

Индивидуальные риски и применимые альтернативы _____

Обезболивание и его индивидуальные риски обсуждены отдельно; при применимости оформлена связанная форма. Дополнительные действия сверх согласованного объёма заранее не отмечаются выполненными.

Я получил(а) понятное объяснение применительно к указанному вмешательству, смог(ла) задать вопросы и получил(а) ответы. Даю добровольное согласие на описанный выше объём. Мне разъяснено право отказаться или потребовать прекращения вмешательства в предусмотренном законом порядке; изменение плана обсуждается и документируется.

Вопросы и пояснения при необходимости _____

Пациент или надлежащий представитель ФИО и подпись _____

Врач ФИО и подпись _____

Заполняется до вмешательства; неприменимые варианты исключаются. Если согласие вправе дать сам несовершеннолетний, подписывает он; полномочия представителя проверяются врачом по применимому закону.

ГБУЗ Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника»

Согласие на местное обезболивание

Дата и время _____

Пациент ФИО и дата рождения _____

Законный представитель и основание полномочий при необходимости _____

Врач и медицинская запись _____

Диагноз или клиническая задача _____

Зуб либо участок и планируемый объём _____

Предоставленная информация

Цель: уменьшение или устранение боли при планируемом стоматологическом вмешательстве.

Метод и предполагаемый результат: введение выбранного местного анестетика указанным способом; возможна необходимость дополнительного введения в допустимых пределах либо изменения плана при недостаточном эффекте.

Существенные риски: болезненность инъекции, гематома, длительное онемение, повреждение мягких тканей при прикусывании, изменение чувствительности, недостаточный эффект, аллергическая реакция вплоть до анафилаксии, системная токсическая реакция при неблагоприятных условиях введения.

Возможные альтернативы: другой допустимый препарат или метод обезболивания, перенос или направление для другого вида помощи по показаниям; болезненную манипуляцию без необходимого обезболивания не предлагают как универсальную альтернативу.

Последствия отказа или отсрочки: невозможность безопасно провести запланированное вмешательство, необходимость изменить план или сроки; последствия отсрочки основного лечения разъясняются отдельно.

Индивидуальные риски и применимые альтернативы _____

Препарат, концентрация и планируемый способ: _____. Существенные сведения об аллергиях, ранее введённых препаратах и сопутствующем лечении сообщены врачу: _____. Фактическая доза вносится в медицинскую запись.

Я получил(а) понятное объяснение применительно к указанному вмешательству, смог(ла) задать вопросы и получил(а) ответы. Даю добровольное согласие на описанный выше объём. Мне разъяснено право отказаться или потребовать прекращения вмешательства в предусмотренном законом порядке; изменение плана обсуждается и документируется.

Вопросы и пояснения при необходимости _____

Пациент или надлежащий представитель ФИО и подпись _____

Врач ФИО и подпись _____

Заполняется до вмешательства; неприменимые варианты исключаются. Если согласие вправе дать сам несовершеннолетний, подписывает он; полномочия представителя проверяются врачом по применимому закону.

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Выполняйте индивидуальные назначения врача. Если устная рекомендация отличается от этой памятки, уточните её до ухода из поликлиники.

Сегодня после вмешательства

- Держите марлевый тампон столько, сколько указал врач; не заменяйте его многократно без необходимости.
- Не трогайте рану пальцами или предметами, не высасывайте сгусток, не полощите рот интенсивно и не сплёвывайте с усилием.
- До восстановления чувствительности избегайте горячей пищи и не прикусывайте губу, щёку или язык.
- Не перегревайтесь, не употребляйте алкоголь и не выполняйте тяжёлую физическую нагрузку.
- Холод снаружи применяйте только если его рекомендовал врач, короткими интервалами через ткань.
- Лекарства принимайте только по персональному назначению и инструкции; не начинайте антибиотик самостоятельно.

Гигиена и питание

- Питайтесь мягкой пищей комфортной температуры и жуйте другой стороной, если врач не рекомендовал иначе.
- Зубы чистите аккуратно, не травмируя область вмешательства; уход за раной и швами выполняйте по назначению.
- Не курите: это повышает риск нарушения заживления.

Обратитесь срочно

- обильное или продолжающееся кровотечение, которое не прекращается после непрерывного прижатия по указанию врача
- нарастающий отёк, затруднение дыхания, глотания или открывания рта
- слабость, обморок, выраженное головокружение
- сыпь, отёк лица/губ, свистящее дыхание после лекарства
- высокая температура с ухудшением самочувствия, неконтролируемая боль или быстрое ухудшение

При угрозе жизни звоните 112 или 103.

Контрольный визит: _____ Контакт подразделения: +7 (495) 492-90-02

Памятку получил(а), рекомендации понял(а): _____ /

_____ / Дата: _____

Кому: ГБУЗ МО «Домодедовская больница»
Патолого-анатомическое отделение
г. Домодедово, ул. Пирогова, д. 9

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 апреля 2025 г. № 207н

ГБУЗ МО «Домодедовская стоматологическая поликлиника»
ИНН 5009081035
КПП 500901001
ОГРН 1115009004835
Адрес подразделения: Московская область, г. Подольск,
ул. Красная, д. 5, кабинет 23
тел.: _____

Код формы по ОКУД

Медицинская документация
Учетная форма № 014/у
Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 14 апреля 2025 г. № 207н

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА

1. Структурное подразделение медицинской организации, направившее биопсийный (операционный) материал

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

3. Пол: муж. — 1, жен. — 2, 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

5. Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

7. Место регистрации: _____

тел. _____

8. Местность: городская — 1, сельская — 2.

9. Диагноз основного заболевания (состояния)

10. Код по Международной
статистической
классификации болезней
и проблем, связанных
со здоровьем

11. Задача прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала

12. Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, оперативное или гормональное, или лучевое лечение, результаты инструментальных и лабораторных исследований)

13. Результаты предыдущих прижизненных патолого-анатомических исследований (наименование медицинской организации, дата, регистрационный номер, заключение)

14. Проведенное предоперационное лечение (вид лечения, его сроки, дозировка лекарственного препарата, доза облучения)

15. Способ получения биопсийного (операционного) материала: эндоскопическая биопсия — 1, пункционная биопсия — 2, аспирационная биопсия — 3, инцизионная биопсия — 4, операционная биопсия — 5, операционный материал — 6, самопроизвольно отделившиеся фрагменты тканей — 7.

16. Дата забора биопсийного (операционного) материала _____ время _____.

17. Биопсийный (операционный) материал помещен в 10% раствор нейтрального формалина (да или нет) _____

18. Маркировка биопсийного (операционного) материала (расшифровка маркировки флаконов):

Номер флакона	Локализация патологического процесса (орган, топография)	Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне неизменная ткань, отношение к окружающим тканям)	Количество объектов
1			
2			
3			

19. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача _____ подпись _____

20. Дата направления: « _____ » _____ 20 _____ г., телефон _____

Направление на лабораторное исследование клинического материала

Дата направления

Номер образца / строка журнала

1. ФИО, должность и телефон направившего сотрудника

2. Фамилия, имя, отчество пациента

3. Пол

4. Дата рождения

5. Адрес проживания (регистрации)

6. Предварительный диагноз

7. Состояние и тяжесть заболевания при обращении

8. Материал, точный участок и сторона

9. Дата и время взятия

10. Дата и время доставки в лабораторию

Лаборатория (г. Видное), адрес / получатель

11. Данные лаборатории: номер / дополнительная информация

12. Температурный режим транспортировки, °C

Исследование: возбудитель, чувствительность / иная задача

Антибиотики: препарат, начало приёма, время последней дозы

Врач _____ Подпись _____ Штамп учреждения

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Наименование (штамп) медицинской организации

ГБУЗ МО «Домодедовская стоматологическая поликлиника»

Подольск, ул. Красная, 5

Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация. Форма № 107-1/у

Утверждена приказом Минздрава России от 24 ноября 2021 г. № 1094н

Наименование (штамп) ИП: адрес, номер и дата лицензии, выдавший орган

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

Дата

Фамилия, инициалы имени и отчества (при наличии) пациента

Дата рождения

Фамилия, инициалы лечащего врача (фельдшера, акушерки)

руб. ____ коп. ____ Rp.

руб. ____ коп. ____ Rp.

руб. ____ коп. ____ Rp.

Подпись и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки) _____ М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____ дней)

(нужное подчеркнуть)

Оборотная сторона рецептурного бланка № 107-1/у

Отметка о назначении по решению врачебной комиссии

Приготовил

Проверил

Отпустил

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Домодедовская стоматологическая поликлиника»**

ГБУЗ Московской области «ДСП»г. Подольск, ул. Красная, д. 5

Журнал учета инфекционных заболеваний

Подразделение _____

Начат «_____» _____ 20____ г. Окончен «_____» _____ 20____ г.

Ответственный за ведение _____

Должность _____

Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____

Как вести журнал

Что регистрировать. Выявленный случай инфекционного заболевания, подозрение на него или носительство возбудителя. Вносите запись по месту выявления, не ожидая лабораторного подтверждения.

Одна запись на двух листах. Сначала заполните графы 1–7, затем продолжите ту же строку в графах 8–16. На втором листе повторите номер записи. Нумерация записей сквозная; номера на обоих листах должны совпадать.

Извещение и запись. О случае сообщают по телефону в течение 2 часов, затем направляют экстренное извещение письменно или электронно в течение 12 часов в территориальный орган санитарно-эпидемиологического надзора по месту выявления. В графе 2 укажите дату и время, кто передал и кто принял сообщение, дату отправки извещения. Запись в журнале не заменяет извещение.

Уточнение диагноза и результат. Первоначальный диагноз сохраняйте в графе 9. Уточненный диагноз и дату внесите в графу 12, лабораторный результат — в графу 15. При изменении или уточнении диагноза направьте новое экстренное извещение в течение 12 часов.

Графы 13 и 14. По примечанию к форме эти графы заполняют санитарно-эпидемиологические станции. Сотрудники поликлиники не заполняют их от имени санитарно-эпидемиологической службы.

Хранение. Храните заполненный журнал в месте с ограниченным доступом. Сведения о пациентах доступны только сотрудникам, которым они нужны для работы.

Печать и сборка. Печатайте на А4, альбомная ориентация, масштаб 100%, односторонняя печать. Листы с графами 1–7 и 8–16 складывайте попарно. В PDF — 5 пар на 30 записей. Для продолжения распечатайте еще одну пару; в Word пара размещена на страницах 3–4.

Основание учета и извещения: СанПиН 3.3686-21, пункты 24, 26 и 27. Состав граф — учетная форма № 060/у.

Продолжение каждой записи — в той же строке следующего листа с графами 8–16.

[illegible]

Графы 13 и 14 заполняются только в санитарно-эпидемиологических станциях. Номер записи слева повторяет графу 1.

Журнал микробиологических исследований

Клинический материал пациентов

Кабинет / подразделение _____

Начат _____ Окончен _____

Ответственный за ведение _____

Как вести

1. После взятия врач или медсестра вносит материал в лист «Взятие и передача». Номер образца одинаков на ёмкости, направлении и в журнале.
2. Сообщить заведующей Чумаковой О.А.. Заведующая вызывает водителя. При передаче сверить маркировку, направление, упаковку и условия перевозки; записать время и подписи передающего и водителя.
3. На листе «Получение результата» продолжить запись под тем же номером. Отметить приём лабораторией или отказ, поступление результата, просмотр врачом, сообщение пациенту и решение.
4. Журнал хранить в закрываемом месте для медицинской документации. Пустые бланки держать отдельно от заполненного журнала.

Листы регистрации и результата печатают парами. Нумерацию записей ведут непрерывно. Для оформления обложки и прошивки используют принятый в учреждении порядок.

Лаборатория: г. Видное _____

Адрес, часы приёма и телефон _____

Плановый срок результата _____

Журнал микробиологических исследований · продолжение

Взятие и передача · кабинет _____ · лист _____

№ / код образца	ФИО, дата рождения / № карты	Материал, участок; исследование	Взятие: дата, время; кто взял	Заведующему: время, кто сообщил	Среда / ёмкость, режим °С	Передача: дата, время	Передал / водитель: ФИО и подписи

Передаваемый материал, направление и строки журнала сверяются перед закрытием термобокса. Регистрация результата ведётся на следующем листе под тем же номером.

Журнал микробиологических исследований · продолжение

Получение результата · кабинет _____ · лист _____

№ / код образц а	Приём лабораторией: дата, время, подтверждение / отказ	Результат: дата, №; где хранится	Врач: дата просмотра, ФИО	Пациент / представитель: когда и как сообщено	Решение, следующий шаг; при задержке — обращение в лабораторию	Врач: подпись

При отказе лаборатории указать причину и решение врача о повторном взятии. Данные результата и решение вносятся в медицинскую карту; журнал содержит ссылку на запись.

ГБУЗ Московской области «ДСП»

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ С БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ

Приложение 9 к Приказу об утверждении документов П2

Подразделение: _____ Период ведения: с _____ по _____

[illegible]

Примечание: Каждая аварийная ситуация регистрируется в срок не позднее конца рабочей смены. Сведения передаются в систему П11 (нежелательные события). Журнал хранится у ответственного лица.

АБ-01 — Решение об антибиотиках

Пациент и операция

Карта/идентификатор _____ Возраст ____ Масса ____ кг Дата/время _____
Диагноз _____ Планируемое вмешательство и участок _____
Аллергия и характер реакции _____ Функция почек/печени _____
Беременность/лактация _____

Три самостоятельных основания

Лечение бактериальной инфекции: ☐ да ☐ нет. Диагноз и признаки _____ Контроль
очага _____

Профилактика ИЭ: ☐ да ☐ нет. Подтверждённый высокий кардиологический риск _____

Документ/консультация _____ Характер вмешательства _____

Профилактика ИОХВ: ☐ да ☐ нет. Тип раны, объём/длительность, имплантат/трансплантат,
иммунитет, местный очаг _____

При отсутствии показаний: основание неназначения _____ Не считать название
операции самостоятельным показанием.

Если препарат назначен

Цель _____ КР/протокол, редакция, раздел _____

МНН/торговое название, форма _____ Инструкция/РУ _____ Соответствие
показания и режима _____

Разовая доза ____ Путь ____ Кратность ____ Срок/условие прекращения ____ Расчёт
индивидуальной дозы _____

Если применение вне инструкции: основание и необходимые документы по действующему
порядку _____

Плановое время дозы ____ Фактическое время ____ Начало операции ____

Повтор дозы/продление: основание, время, доза _____ Контроль/осмотр _____

Решение и исполнение

☐ выполнить ☐ отложить плановое вмешательство ☐ маршрутизировать; причина/куда

Врач _____ Подпись _____ Исполнитель назначения _____ Подпись

Связанные записи: карта _____ хирургический чек-лист _____

ИСМП-02 — Сведения для экстренного извещения 058-у

Куда и когда

Получатель/территориальный орган _____ Канал _____
Дата/время выявления _____ Телефонного сообщения _____ Письменного извещения _____
Передал _____ Принял _____ Регистрационный номер/подтверждение _____

Сведения

Пациент (ФИО, дата рождения/возраст) _____ Адрес проживания _____
Место работы/учёбы/последнее посещение _____ Телефон для связи _____
Предварительный диагноз/подозрение _____ Дата начала симптомов _____ Первое обращение _____
Вмешательство/дата/место _____ Обстоятельства выявления _____
Госпитализация: дата/место или принятое решение _____
Меры помощи и противоэпидемические мероприятия _____
Материал/дата/лаборатория/результат либо ожидание _____
Если уточнение: прежний диагноз _____ Новый диагноз _____ Дата _____ Основание _____

Оформление

Медорганизация: ГБУЗ МО «ДСП», Подольск, ул. Красная, 5.
Врач/должность _____ Подпись _____ Дата/время _____
Связь: карта _____ запись 060/у _____ реестр событий _____
При передаче перенести сведения в действующую региональную форму/информационную систему.

ИСМП-03 — Акт разбора и протокол комиссии

Основание и состав

Событие/код _____ Карта _____ Дата/время выявления _____

Основание работы комиссии: приказ ГБУЗ МО «ДСП» № 2 от 12.01.2026.

Дата заседания _____

Председатель Савилов В.В.; заместитель Лифанова Е.Н.; член Кара А.А. Фактическое участие/замещение _____

Разбор

Предварительный диагноз и клиническая динамика _____

Хронология вмешательства, симптомов, обращений и мер _____

Проверенные источники:

карта/чек-лист/извещение/060-у/стерилизация/уборка/опросы/лаборатория _____

Эпидемиологические связи, возможные факторы и альтернативные объяснения _____

Установленные факты _____ Недостающие сведения _____

Вывод: ☐ подозрение сохраняется ☐ подтверждено ☐ не подтверждено; основание, кем/когда и пределы вывода _____

Не подменять эпидемиологическую оценку предположением о вине пациента.

Решение

Дополнительные сведения/исследования и срок _____

Меры, ответственный, срок, критерий проверки _____

Дата повторного рассмотрения _____ Условия закрытия _____

Подписи фактически участвовавших членов _____